

Undersökningsdatum

Den skadade

Efternamn och tilltalsnamn				Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer							
Gatuadress											
Postnummer och ort						Skadedatum (år, mån, dag)					

Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag?	Om ja, bolagets namn
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Här lämnas utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömandet av medicinsk invaliditet (bestående nedsättning av den skadades kroppsfunction från medicinsk synpunkt)

Diagnos p.g.a. skadefallet (såväl på latin som på svenska)	
Tidigare sjukhistoria (Ange särskilt sjukdomar eller skador som haft inverkan på synförmågan). Om synen var nedsatt före olycksfallet anges den tidigare synskärpan utan, samt med korrektion.	
Skade- och behandlingsförlopp	
Subjektiva besvär i yrke och under fritid	

Objektiva fynd

	HÖGER ÖGA	VÄNSTER ÖGA
Synfält (om defekt, var god bifoga synfältsschablon)		
Ögonens nuvarande tillstånd (medier, ögonbotten, pupill, motilitet)		
Nuvarande synskärpa utan korrektion		
Nuvarande synskärpa med korrektion av glas. Glasvärdet anges.		
Nuvarande synskärpa med fördragbar korrigerig av glas. Glasvärdet anges		
Har glasögon föreskrivits på grund av detta skadefall?		
Har kontaktlinser föreskrivits på grund av detta skadefall?		
Synrubbingar i övrigt. Ex dubbelseende, rörelseinskränkning, tårflöde, bländning		
Övriga uppgifter: Fortsatt behandling, prognos etc		

Läkarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande
	Vårdinrättning samt i förekommande fall klinik

Intyget skickas till:
 LÖF, Box 17830, 118 94 Stockholm
 Telefon: 08-551 010 00, Hemsida: www.lof.se